**Solicitud de asistencia financiera**

**Solicitud de asistencia financiera**

*Si necesita ayuda para llenar este formulario, solicite hablar con uno de los representantes de la oficina comercial o llame al (505) 317-9444.*

Nombre del Nombre del Número de

centro de PHS NMSCMS paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuenta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instrucciones para completar este formulario:**

**Este formulario completo debería adjuntarse a la documentación requerida y enviarse a la Contabilidad de Pacientes de** NMSCMS **para su procesamiento.**

• Declaración o declaraciones de impuestos del año anterior.

• Al menos dos de los recibos de pago más recientes.

Nombre de la Fecha de

parte responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.° de seguro social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de otra parte Últimos 4 dígitos del Fecha

responsable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.° de seguro social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ingreso bruto mensual/anual en dólares $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otros integrantes del núcleo familiar**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Fecha de nac. | Parentesco | Nombre | Fecha de nac. | Parentesco |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Las personas que soliciten asistencia financiera deben explorar primero otras fuentes de financiamiento. Indique cuáles fuentes ha solicitado y las razones por las que no es elegible para recibir esa asistencia.

❑ Seguro médico grupal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Su empleador ofrece seguro médico grupal? Sí/No

❑ Medicaid: si lo rechazaron, adjunte una copia de la negativa de Medicaid

❑ Otra asistencia estatal o del condado (únicos servicios de hospitalización en la comunidad [Sole Community Hospital (SCH)], servicio para indigentes)

❑ Otros programas proporcionados por terceros (para propietarios de viviendas, automóviles, etc.)

❑ Cobertura de Cobra

Describa por qué no puede pagar el saldo de su cuenta: (se puede necesitar documentación adicional)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no tiene la documentación requerida en la lista, pregúntenos; podríamos aceptar otro tipo de documentación para cumplir con este requisito. Se puede negar asistencia financiera a los pacientes que no sigan el proceso de solicitud o que se nieguen a solicitar programas externos a los que podrían haber calificado.

Por medio de la presente, declaro que la información aquí proporcionada es fiel y exacta. Autorizo que se realice cualquier verificación requerida, incluida la del informe de la agencia de crédito. Entiendo que, si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios prestados. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera no concierne a otros proveedores de atención médica.

Llene y devuelva la solicitud, junto con la documentación requerida, a la siguiente dirección. También puede enviarla por fax al (505) 355-5912:

NEW MEXICO SURGERY CENTER MULTI-SPECIALTY

(CENTRO DE CIRUGÍA MULTI-ESPECIALIDAD DE NEW MÉXICO)

201 CEDAR ST SE STE 7650

ALBUQUERQUE, NM 87106

Firma del solicitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El NMSCMS y PHS tienen el compromiso de proteger la confidencialidad de sus pacientes. Cualquier información que se suministra al NMSCMS y PHS al través del proceso de solicitud de asistencia financiera se mantendrá en confidencialidad, solo se utilizará para fines internos, y no se divulgará a fuentes externas sin el consentimiento expreso de la parte interesada.